

SAĞLIK HİZMETİ ÜCRETLENDİRMESİ: SİSTEMATİK BİR DERLEME

HEALTHCARE PRICING: A SYSTEMATIC REVIEW

Okan Anıl AYDIN¹ Arş. Gör.

Gönderildiği Tarihi: 21 Aralık 2023

Kabul Tarihi: 23 Nisan 2024

Makale Atfı

Aydın O.A. (2024). Sağlık hizmeti ücretlendirmesi: Sistematik bir derleme. *The Journal of Istanbul Rumeli University Health Sciences*, 2(4): 47-61.

Özet

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına sunulan hizmetlerin karşılığında yapılan ücretlendirmelerin ve geri ödeme yöntemlerinin etkinliğini incelemektir. Bu doğrultuda, öncelikle ücretlendirme ve geri ödeme kavramları üzerinde durulmuş ve sağlık hizmetlerinde kullanılan ödeme yöntemlerinin tanımı, uygulanışı, avantajları ve dezavantajları ele alınmıştır.

Çalışmanın bir diğer odak noktası, hangi ödeme şeklinin seçileceği ve bu ödeme şekline göre hangi geri ödeme yöntemlerinin kullanılacağına belirlenmesidir. Bu aşamada, sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına yapılan ödemelerin ayrı ayrı ele alınması ve analiz edilmesi gerekmektedir.

Makalede, sağlık kurumlarında maliyetlerin ve Türkiye'deki ücretlendirme sistemlerinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca, geri ödeme yöntemi seçilirken dikkate alınması gereken faktörlerin incelenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur.

Sonuç olarak, en etkin ve verimli geri ödeme yönteminin hem kurumların devamlılığı hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi için kritik olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle, sağlık sektöründe geri ödeme yöntemlerinin dikkatlice incelenmesi ve doğru bir şekilde uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Abstract

The main aim of this study is to examine the effectiveness of payments made to healthcare institutions and professionals for the services they provide. In this regard, the concepts of pricing and reimbursement are first discussed, followed by an examination of the definition, implementation, advantages, and disadvantages of payment methods used in healthcare services.

Another focal point of the study is determining which payment method will be selected and which reimbursement methods will be used based on this payment method. At this stage, payments to healthcare institutions and professionals need to be separately addressed and analyzed.

The importance of costs in healthcare institutions and the Turkish pricing systems are highlighted in the article. Additionally, it is emphasized that factors to be considered when selecting a reimbursement method need to be examined.

In conclusion, it is emphasized that the selection of the most effective and efficient reimbursement method is critical for both the continuity of institutions and the quality of healthcare services. Therefore, careful examination and proper implementation of reimbursement methods in the healthcare sector are of great importance.

Anahtar Kelimeler: Ücretlendirme, Geri Ödeme, Sağlık

Keywords: Remuneration, Reimbursement, Health

¹Beykent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, okananilaydin@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5992-1611>

1. SAĞLIK HİZMETİ ÜCRETLENDİRMESİ

Sağlık sistemlerine yapılan kaynak aktarımının temel amacı, sağlık hizmeti sunucularının verdikleri hizmetler sonucunda oluşan maliyetlerini önceden belirlenmiş kurallara uygun bir şekilde sağlık finansörlerine faturalandırılması ve bu finansörlerin de sağlık sunucularına ödeme yapmasıdır (Bulut, 2020). Sağlık kurumlarında yapılacak olan fiyatlandırmaların belirlenmesinde artan sağlık harcamalarının ve artan rekabetin de dikkate alınması gerekmektedir. Bunun için de yapılacak olan değerlendirmelere en verimli şekilde nasıl yapılabilir sorusu sorularak başlamak gerekmektedir. Kısacası toplumda kimseyi sağlık hizmetlerinden mahrum bırakmaksızın sağlık harcamalarının denetimi ve kontrolü için en sağlıklı politikaların belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlık kurumları ücretlendirmesinde literatür incelendiğinde çoğunlukla fiyatlandırma kavramı ile beraber anıldığı görülmektedir. Sağlık tüketicilerinin alacakları ürün ve/veya hizmetlerin karşılığında ödedikleri bedele fiyat denilirken, bu fiyatın belirlenmesinde kullanılan yöntemlere fiyatlandırma denilmektedir (Tengilimoğlu, 2000). Fiyatlandırmanın yapılması gerçekçi veriler ışığında yapılması önemlidir ve farklı sektörler göz önüne alındığında sağlık sektöründe birçok farklı etmenle birlikte bu fiyatlandırma yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması, toplumsal fayda sağlaması, ertelenmesinin mümkün olmaması gibi özelliklerden dolayı tüketiciler için fiyatlandırma çok da önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmamaktadır (Karaçor ve Arkan, 2014).

Sağlık hizmetleri matriks bir yapıya sahip olmasından dolayı verilen hizmetlerin maliyetlerinin belirlenmesi de fiyatlandırılması da zor bir konudur (Tengilimoğlu, 2000). Bunun yapılabilmesi için birçok farklı etkeni dikkate almak gerekmektedir. Tüketicilerin sigortalılık durumu, sosyo-demografik özellikleri, gelir durumları, sağlık politikaları ve sağlık altyapısı bunlara örnek olarak verilebilir (Erin, 2006).

Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, elde edilen kaynakların hizmeti alanlardan hizmet verenlere iletilmesi sürecidir. Burada önemli olan ücretlendirmenin yanı sıra yapılacak olan ücretlendirmenin adil ve hizmetin tam karşılığı olarak ödenmesidir. Bunun için de doğru ödeme yöntemi veya yöntemlerinin seçilmesi önemlidir (Ersoy, 2014; Arık ve İleri, 2016).

Sağlık kurumlarında geri ödeme, hizmet sunan kurum ve kişilere bireysel veya kurumsal olarak ödemelerin yapılmasıdır. Geri ödeme bir süreçten oluşmaktadır (Şantaş ve Çıraklı, 2019). Sağlık kurumlarına yapılacak olan ödemelerde tedavilerin fiyatlandırılmasında dengesizlik olmaması için geri

ödemenin yapılacağı kurumun örgütlenme şeklinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir (Demirel, 2020).

Sağlık kurumlarına yapılan geri ödemeler iki şekilde gerçekleşmektedir, bunlar doğrudan ve dolaylı ödemelerdir. Bu yöntemlerden doğrudan olanı, sağlık hizmetini alan kişilerin cepten direk kuruma yaptığı ödemelerdir. Dolaylı ödeme yöntem ise hizmeti alan kişiler adına üçüncü bir kuruluş tarafından yapılan ödemeleri kapsamaktadır (Karacaoğlan, 2009).

Sağlık hizmetlerine yapılan geri ödeme de bir diğer önemli ayrım da sağlık kurumlarına yapılan bu ödemelerin nasıl olacağıdır. Burada iki türlü sistem yer almaktadır. İlk olarak ileriye ve geriye yönelik ödeme sistemi ve ikinci olarak sabit ve değişken ödeme sistemi bulunmaktadır. İleriye dönük ödeme sistemi, belli bir bütçenin önceden verilmesi ve bunun kullanılmasına yöneliktir. Geriye dönük ödeme sisteminde ise sağlık kurumunda oluşan maliyetler toplu olarak belirlenir ve dönem sonunda ödeme gerçekleştirilir. Sabit ödeme sisteminde verilen hizmetlerin maliyetine veya âdetine bakılmaksızın sabit bir ödeme yapılırken değişken ödeme sisteminde maliyetler ve hizmetlerin adedi ödemelerin değişmesine neden olmaktadır (Akbulut, 2012; Erdoğan, 2021; Şantaş ve Çıraklı, 2019; Çelik, 2011; Akyürek, 2012).

Sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan ödemelerde hangi yönetim belirleneceği sürecinde aşağıda yer alan bazı temel faktörlerin olduğu söylenebilir (Top ve Tarcan, 2007);

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar,
- Sağlık çalışanları,
- Hastalar,
- Ödeme yapan kurumlar, (sigortalar).

Ödeme yöntemlerinde en iyi ödeme yöntemi bulunmamakla birlikte her yöntemin kullanım durumuna göre iyi veya kötü tarafları bulunmaktadır. Bu yüzden ödeme yöntemlerinin sadece bir tanesi değil birçoğu aynı anda kullanılabilir (Cashin, 2015; Işıkkçelik ve ark., 2019).

Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler; özel ve sosyal sigortalar, devlet ya da diğer üçüncü taraflardan, kurumsal sağlık hizmet sunucularına yapılan kaynak tahsisi olarak tanımlanmaktadır. Bireysel sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler ise, herhangi bir sağlık kurumunda ücret karşılığında sağlık hizmeti verenler ile kendi adına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşmaktadır (Karacaoğlan, 2009).

Literatürde yer alan sağlık kurumu ve profesyonellerine yapılan ödemelerde kullanılan yöntemlerin detaylı açıklamaları aşağıda yer almaktadır.

1.1. Global bütçe

Tanımı: Global bütçe, hem verilen sağlık hizmetinin kalitesini ve hem de ücretinin belirlendiği genel harcama sınırlandırmalarından biridir (Dredge, 2004); belirli bir süre için belirlenmiş bir miktarda tutarın sağlık hizmeti veren kurumlara aktarılmasıdır (Tatar, 2007).

Uygulanışı: Bu yöntemde, geri ödemeler belli giderlere veya verilen hizmetlere göre değil genel olarak tek kaleme yapılmakta ve harcamada sağlık kurumlarına serbestlik vermektedir (Çelik, 2011; Tatar, 2007). Global bütçe uygulamasının asıl amacı sağlık hizmetlerindeki maliyetler ile israfı azaltmak ve yapılan geri ödemeleri belli bir kısıtlama içerisinde tutmaktır (Pala, 2014; Bulut, 2020).

Avantaj ve Dezavantajları: Genel kullanımda maliyetlerin kısıtlanması ve verimliliğin artırılması ön plandadır. Fakat uygulamalarda genel olarak verilen bütçe aşılmaktadır. Bu durumda oluşan fazla maliyetler hizmet sunucularına yüklenmektedir (Atasever ve ark., 2017; Tatar, 2007; Bulut, 2020).

1.2. Harcama kalemleri bütçeleri

Tanımı: Sağlık kurumları için bütçeleme yapılırken kalem kalem finanse edilmesidir (Sutherland, 2011). Birçok ülkede merkezi yönetimler tarafından belirlenen bu ödeme şekli kullanılmaktadır.

Uygulanışı: Global bütçe ile oldukça benzer bir ödeme yöntemi olmasına rağmen, burada ödemeler belirlenmiştir ve sağlık kurumu yöneticilerine harcama yapabilmeleri için gerekli özgürlük verilmemektedir.

Avantaj ve Dezavantajları: Bu harcama kategorileri maaş, ilaçlar, tedarikler ve benzerleri kalemlerden oluşmaktadır. Bütçelenecek miktar, kurumun vaka sayısının, personel sayısının ve daha önceki bütçelemelerinin bir tür karışımına dayandırılmaktadır (Roberts ve ark., 2004).

1.3. Gün başına geri ödeme

Tanımı: Sağlık kurumlarının hastalara sundukları hizmetlerin sürelerine göre ödeme yapılmasıdır. Bu yöntem verilen hizmetlerin maliyetlerine bakılmaksızın bütün hizmetler tek kaleme olarak değerlendirilmektedir (Çelik, 2011; Kaya, 2008). Günlük ödeme yöntemi hastaya verilen tıbbi hizmetten konaklamasına kısacası hastaya verilen bütün günlük hizmetleri kapsamaktadır (Normand ve Weber, 2009). Verilecek hizmetin tedavi gereklilikleri genel olarak fiyatı etkilememektedir fakat verilen hizmetin sağlık basamağına göre farklılıklar oluşabilmektedir (Normand ve Weber, 2009).

Uygulanışı: Bu yöntemde yapılacak olan geri ödemelerin hesaplanmasında ilk olarak geçmiş yıllarda yapılan ödeme verilerine bakılmaktadır. Fakat böyle bir bilgi mevcut değilse günlük ödenecek tutar oluşan maliyetlerden, kalış sürelerinden ve hastalığın şiddetinden ve benzeri parametrelerden etkilenmektedir (Akyürek, 2012).

Avantaj ve Dezavantajları: Ödemelerin hesaplanması kolaydır. Fakat bu yöntemin bazı sakıncaları bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları, tedavi uygulamasında düşük kaliteli ilaçları kullanarak, az sayıda test uygulayarak ve maliyetleri düşük tutmak için bazı hizmetleri vermeyerek kazançlarını arttırmak isteyebilirler (Çelik, 2006). Ayrıca gelir elde etmek için hastaların gereğinden uzun kalmasının sağlanması örnek olarak verilebilir (Casto ve Forrestal, 2013; Kaya, 2008).

1.4. Vaka başına ödeme

Tanımı: Sağlık hizmeti sunucularına verdikleri tedavi hizmetleri için her vaka grubuna göre özel olarak belirlenmiş ileriye yönelik ödeme yöntemidir. Her vakaya özel belli bir ücret ödenmektedir. Yöntemde benzer tedavi işlemleri olan veya benzer miktarda kaynak kullanılan hastalık grupları belirlenmekte ve belirlenen bu gruplara göre geri ödemeler yapılmaktadır (Dror, 2002; Akyürek, 2012; Folland ve ark., 2016).

Uygulanışı: Bu yöntemde iki temel model bulunmaktadır. İlk model tedavi başına iken ikinci model vaka karması ödemedir. Vaka başına ödemede en ön plana çıkan uygulama ise Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) uygulamasıdır. Burada hastanın klinik profili ve tedavi için ihtiyaç duyduğu kaynaklar belirlenerek gruplandırılmasına göre yapılmaktadır (Dror, 2002; Folland vd., 2016; Çelik, 2011).

Avantaj ve Dezavantajları: Şeffaflığı artırırken performanslarında karşılaştırılmasına izin verir. Ödemelerde de verimliliği sağlar. Vaka başına ödeme yönteminde bazı dezavantajlar ise; hastaların tam olarak iyileşmeden taburcu edilebilmesi ve hekimlerin hasta tedavisinde belirlediği iki teşhisten pahalı olana yönelebilmesidir (Karacaoğlan 2009; Top ve Tarcan 2007).

1.5. Hizmet başına geri ödeme

Tanımı: Hizmet başına ödeme yöntemi, sağlık kurumlarına yaptıkları her muayene ve verdikleri her hizmet için ödenen ücrettir. Hastaya yapılan tedavilere ve verilen ilaçlara kısacası verilen tüm hizmetlere ayrı olarak yapılan ödemelerdir (Akyürek, 2012).

Uygulanışı: Bu yöntem de sunulan her hizmet için belli bir tutar bulunmaktadır ve sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarına ödemelerde bu hizmetler için belirlenen tutarlarca geri ödeme yapılmaktadır (Akyürek, 2012; Normand ve Weber, 2009). Bu durum sağlık sunucularının verdikleri sağlık hizmetlerinde maliyet baskısı hissetmeden işlemlerini yürütebilmesine olanak sağlamaktadır (Gökalp, 2018; Durmaz ve Erdem, 2017).

Avantaj ve Dezavantajları: Yöntemin avantajı sağlık hizmeti veren kurumlar sunum kalitesi ve üretimini arttırmak isteyeceklerdir. Ayrıca karmaşık ve yüksek maliyetli tedaviler geri çevrilmeyecektir. Yöntemin dezavantajı ise gereksiz sağlık bakımı üretilmesi, bakım maliyetlerinin artması ve tedavi hizmetlerine yönelme sonucu koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana atılmasıdır (Casto ve Forrestal, 2013).

1.6. Kişi başına ödeme

Tanımı: Kişi başına ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunanlara verdikleri hizmetin çeşitliliğine ve âdetine bakılmaksızın sadece kayıtlı sigortalı kişi sayısına göre yapılan ödemelerdir. Bu ödeme yöntemi hem sağlık profesyonellerine hem de kurumlarına yapılabilmektedir. Kuruma yapılan ödemelere belli zaman periyotlarına göre yapılmaktadır (Normand ve Weber, 2009; Şantaş ve Çıraklı, 2019; Waters ve Hussey, 2004).

Uygulanışı: Kuruma başvuran kişi başına daha önceden belirlenmiş olan ücretlerin belli bir süre boyunca ödeme yapacak kurumlarca hizmeti verenlere ödenmesi şeklinde yapılmaktadır.

Avantaj ve Dezavantajları: Kişi başına ödeme yönteminde idaresi oldukça kolayken kalite orta düzeydedir. Ödeyici kurum ne kadar ödeme yapacağını bilmektedir fakat hizmeti sunanlar gelecek ödemenin miktarını bilmesinden dolayı maliyetleri düşürmek için sağlık hizmetini düşürme yoluna gidebilirler (Gençtürk ve Cansever, 2016). Türkiye’de aile hekimlerine yapılan ödemeler bu yöntemle bir örnektir (Işıklı ve ark., 2019).

1.7. Cepten ödeme

Tanımı: Cepten ödeme alınan sağlık hizmetinin doğrudan hastadan veya hasta yakınları tarafından ödenmesi olarak ifade edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Tanımdan anlaşılacağı üzere cepten ödemeler hizmetin alınmasından sonra hiçbir aracı kurum olmaksızın yapılmaktadır. Bu özelliğiyle diğer ödeme yöntemlerinden ayrılmaktadır (Xu ve ark. 2006).

Uygulanışı: Cepten ödemelere iki şekilde yapılabilmektedir. Bunlardan ilki formal ödemelerdir. Bu doğrudan ödemeler şeklinde gerçekleşmektedir ve alınan sağlık hizmetinin karşılığı yasalarla veya düzenlemelerle belirlenmiştir (Belli ve Shahriari, 2002; Mossialos ve Dixon, 2002). Cepten ödemelerin ikincisi ise informal ödemelerdir. İnfomal ödemelerin belli bir tanımı yapılmamış olsa da sağlık güvencesi bulunan hasta veya yakınlarınca yasal düzenlemelerle belirlenmiş ödemelerin dışında hizmet aldıkları kuruma veya hizmeti veren sağlık sunucusuna yapılan ödemeler şeklinde tanımlanabilmektedir (Belli ve Shahriari, 2002; Tatar vd., 2007; Gaal ve ark., 2006).

1.8. Teşhis ilişkili gruplar (TİG)

Tanımı: TİG sağlık hizmet sunucularına geri ödemeyi belli standartlara göre yapan ve maliyet kontrolü yapmayı sağlayan bir yatan hasta sınıflandırmasıdır.

Uygulanışı: Hastaların maliyet ve klinik verilerini kullanarak gruplandırılmasıyla benzer hastalıkların aynı grup içerisine koyan bir sınıflandırma sistemidir (HMSA, 2018). Hastalardan toplanan

klirik veriler hastaları gruplandırmak için kullanılırken maliyet verileri de ödeme oranlarının hesaplanmasında kullanılmaktadır (Ayanoğlu ve Beylik 2014; Avcil ve ark., 2014).

Avantaj ve Dezavantajları: TİG ödeme yönteminin diğer ödeme yöntemlerine göre üstün yanları şöyledir; hastalığın şiddeti dikkate alınır, cerrahi vakaların yanı sıra tüm yatan hastalar sınıflanabilir, vaka karması indeksinin sayesinde hastanelerin kıyaslanması ve performansının ölçümüne imkân sağlar.

1.9. Performansa dayalı ödeme (p4p)

Tanımı: Performansa dayalı ödeme için kabul edilmiş bir uluslararası tanım bulunmamakla birlikte genellikle “performansa dayalı finansman”, “sonuçlar için ödeme yapmak” veya “sonuca dayalı finansman” gibi yakından ilişkili diğer terimlerle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Tablo 1'de genel olarak kullanılan performansa dayalı ödemenin daha yaygın tanımlarından bazıları görölmektedir (Cashin, 2014).

Tablo 1. Performansa Dayalı Ödeme Tanımları	
Organizasyonlar	Tanım
Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı	Kalite ölçütlerinde iyi bir performans için daha fazla ödeme yapılmasıdır.
Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri	Kaliteyi iyileştirmek ve hasta odaklı bir bakımı teşvik etmek adına bu ödeme yönteminin ve diğer teşviklerin kullanılmasıdır.
Dünya Bankası	Teşvik bazlı ödemeler yoluyla sağlık sisteminin performansını artırmak için tasarlanmış bir dizi mekanizmadır.
Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı	Performansa dayalı ödeme, olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesini ödüllendirmek için teşvikler (genellikle finansal) sunar.
Küresel Kalkınma Merkezi	Ölçülebilir bir eylemde bulunma veya önceden belirlenmiş bir performans hedefine ulaşma şartına bağlı olarak para veya maddi mal transferi.

Kaynak: Paris ve ark., (2010).

Bu tanımları incelerken, her türden ödeme mekanizmasının, kalite iyileştirme de dahil olmak üzere sağlık sistemi hedeflerine ulaşılmasını destekleyebilecek örtük teşvikler sunduğunu belirtmek önemlidir (Cashin, 2014).

Uygulanışı: Performansa dayalı ödeme sistemi geçmişte sanayi işletmelerinde yoğunlukla kullanılırken günümüzde hizmet sektörlerinde de oldukça fazla kullanılmaktadır (Foot ve Hook, 2008). Bir hizmet sektörü olan sağlık kurumlarında da, performansa dayalı ödeme uygulaması kullanım alanını genişletmiştir. Sağlık kurumlarında yapılan performansa dayalı ödeme sistemi sağlık hizmeti sunucularına ve hastaların tatmin seviyesine artı değer katmaktır (Peters, 2006).

Avantaj ve Dezavantajları: Bu ödeme yönteminde sağlık kurumunda verilen hizmetin ve bakımın kalitesini arttırmak, çalışanların memnuniyetini arttırmak ve maliyetleri azaltarak olumlu sonuçlar elde edilebilirken hizmet sunucularının ağır hastalıkları tedaviden kaçınması, daha fazla fiyat almak için bakım kalitesinden ödün vermesi ve sosyo-ekonomik olarak daha iyi olan hastaları tedavi etme istediği gibi yönlerden de olumsuz durumlarla karşılaşılabilir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016).

1.10. Prometheus

Tanımı: Prometheus ödeme yöntemi önlenebilir komplikasyonların en azından yüzde 50 kadarını azalmayı teşvik etmek amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir. Bu ödeme yöntemine göre, birçok rahatsızlığı bulunan hastalığın şiddeti ve karmaşıklığına göre tek paket olarak ödeme yapılması amaçlanmaktadır (Shih, ve ark., 2015). Prometheus ödeme yöntemi hastaların memnuniyetleri ve verilen hizmetlerin kalitesi için sağlık hizmet sunucularını ödüllendirmeye odaklanmaktadır (Dong vd., 2011;).

Uygulanışı: Bu ödeme yöntemi, yüksek kaliteli ve verimli bakımı koordine etmek ve sağlamak amacıyla hizmet verenleri adil bir şekilde ödüllendiren hasta merkezli tedavi planlarını yapmak için performansa göre ödeme yaklaşımlarının ötesine geçmeye çalışmaktadır. Prometheus, ödemeyi tek bir hastalık veya durumla ilgili tüm hasta hizmetlerini kapsayan kapsamlı bir tıbbi bakım bölümü etrafında değerlendirmektedir. Dahil edilen tüm tedavilerin fiyatları, tüm bakımlar için hastaya özel bir bütçe haline gelen bir "kanıta dayalı vaka oranı" (ECR) oluşturmak için hesaplanmaktadır. ECR'ler, tek bir durumun bakımıyla ilgili tüm kapsanan hizmetleri içermekte ve tipik olarak dâhil olacak herkes tarafından sağlanan hizmetleri de kapsamaktadır. ECR, bireysel hastanın durumunun ciddiyeti ve karmaşıklığına göre düzenlenir ve potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonlarla ilişkili mevcut maliyetlerin bir kısmı için bir ödenek oluşturur (de Brantes ve ark., 2009).

Avantaj ve Dezavantajları: Bu ödeme yöntemine göre sağlık hizmetleri belirlenmiş olan hedeflere ulaşılmadan sonra sağlık hizmeti verenlerin ödüllendirilmesini sağlamaktadır (De Bruin, 2011). Fakat hak edilen ödemeler üç aylık sürelerde toplu bir şekilde yapıldığından dolayı çıkan bazı sorunlardan dolayı pilot uygulama sonrası kullanımı sona ermiştir (Porter, ve ark., 2010).

1.11. Maaş ödemesi

Tanımı: Maaş ödeme yöntemi sağlık çalışanına yapılan bir ödeme yöntemidir. Kurumda çalışan hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ödeme yöntemlerinde kullanılmaktadır ve genelde bir aylık bir süreyi kapsamaktadır. Yapılan ödemeler verilen hizmetin sayısına veya oluşan maliyetlere göre değişmemektedir (Roberts ve ark., 2004).

Uygulanışı: Çalışanlara hak edilen maaşlarının genelde aylık bir şekilde ödenmesidir.

Avantaj ve Dezavantajları: Maaşa dayalı ödeme de hekimlerin verdikleri hizmetlerde hastalar arasında tercih etmek gibi bir eğilimi bulunmamakta ve verilen hizmetlerde aşırılığa kaçılmamaktadır. Fakat hekimler maliyetlerden kaçınması gibi herhangi bir teşviki bulunmamaktadır (Roberts ve ark., 2004).

1.12. Prim ödemesi

Tanımı: Prim ödemesi sağlık çalışanların yapılan bir ödemedir ve çalışan teşviki için maaşa ek olarak yapılmaktadır (Demirel, 2020).

Uygulanışı: Çalışanlara hak edilen maaşlarına ek olarak verdikleri hizmetlere ve kazandıkları primlerin eklenerek ödenmesidir.

Avantaj ve Dezavantajları: Prim ödemesinin avantajı, çalışan motivasyonun artırılmasıyla birlikte verilen hizmetin kalitesi de arttırılmaktadır. Fakat primi yükseltmek adına hizmet sunumlarında sayısal değerlere önem verilmesi sonucu komplikasyon olan hastaların veya uzun süreçler isteyen tedavilerin yapılmaması gibi sorunlarla da karşılaşabilmektedir.

2.Sağlık hizmetlerinde maliyet

Sağlık hizmetlerinde giderek artan maliyetlerin yönetilebilmesi için öncelikle sabit ve değişken giderlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu maliyet kalemlerinin belirlenmesiyle birlikte sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği sağlanması ve rekabette öne geçebilmesi sağlanabilecektir (Kısakürek ve ark., 2011; Toraman ve Ateş, 2020). Sağlık kurumlarında maliyetlerin kontrol edilebilmesi israfları oldukça azaltacaktır. Maliyetlerin belirlenmesi yönetmek için bilinmesi gerekmektedir. Tablo 2'de sağlık kurumlarında yer alan maliyet unsurları ve bunların maliyetlerinin ne olduğunu gösterilmektedir.

Tablo 2. Hastanelerde Maliyet Unsurları ve Maliyetler

Maliyet Unsurları	Maliyetler
Direkt personel	Doktorların ve hemşirelerin maaşları ve döner sermayeden aldıkları payları kapsamaktadır.
Tıbbi malzeme	sarf Tıbbi ilk madde ve malzemeleri kapsamaktadır.
Genel malzeme	sarf Genel ilk madde ve malzemeleri kapsamaktadır.
İlaç giderleri	Her türlü ilaç ve benzeri malzemeleri kapsamaktadır.
Endirekt personel	İdari işlemleri ve teknik hizmetleri kapsamaktadır.
Isınma	Her türlü ısınma cihazları giderlerini kapsamaktadır.
Enerji	Kullanılan makine ve teçhizat enerji giderleri, her türlü aydınlatma giderlerini kapsamaktadır.
Yolluklar	Hastanenin görevlendirdiği personele ait süreli ve gezici yolluk giderlerini kapsamaktadır.
Endirekt üretim	Bina, makine ve teçhizat amortismanları, bakım onarım giderleri, iletişim giderleri ve diğer giderleri kapsamaktadır.
Dış kaynak kullanımı	sarf Dış kaynak kullanımı için kullanılan hizmetleri ve benzerini kapsamaktadır.
Yatak hizmetleri	Hasta ve refakatçisinin her türlü yatak maliyetlerini kapsamaktadır.

Kaynak: Karasioğlu ve Çam, (2008).

3. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi

Türkiye’de yapılan ücretlendirmelere ve geri ödeme yöntemlerine bakıldığında SGK ön plana çıkmaktadır. SGK da yapılacak olan geri ödeme de verilen hizmetlerin ve işlemlerin fiyatlarını Sağlık Uygulama Tebliği’ne (SUT) göre yapmaktadır. Bununla birlikte verilmiş olan hizmete göre de hangi geri ödeme yönteminin kullanılacağı değişebilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı belirli yasalar çerçevesinde beraber hareket etmektedirler. Ülkenin sahip olduğu global bütçeden sağlık için ne kadar ayrılacağını Maliye Bakanlığı belirlerken, verilen hizmetlerin ve yatırımların ne olacağına Sağlık Bakanlığı karar vermekte ve verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin ödemesinin nasıl yapılacağı ve ne kadar yapılacağını da Sosyal Güvenlik Kurumu belirlemektedir.

Türkiye’de güncel durumda Sağlık Bakanlığının basamaklara ayırdığı sağlık hizmet sağlayıcılarının yatan ve ayaktan verilen tedavi hizmetlerinin bedelinin ödemesini, verilen sağlık hizmetinin niteliği ve kapsamına göre SUT ’ta belirtilmiş olan işlem ve fiyatlar dikkate alınarak SGK yapmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014; Akdağ, 2012). Tablo 3’de Türkiye’de ayaktan ve yatan hasta geri ödeme sistemlerinin sağlık kurumları sektörlerine göre dağılımları görülmektedir.

Sektör Adı	Sağlık Kurumu Faturalandırma Yöntemi				SGK Ödeme Yöntemi		
	Ayaktan Hasta		Yatan Hasta		Dahili	Cerrahi	
Kamu Sağlık Kurumları	Vaka	Başı	+	Ayrıca	Hizmet	Paket	Global Bütçe
Üniversitelere Bağlı Sağlık Kurumları	Vaka	Başı	+	Ayrıca	Hizmet	Paket	Global Bütçe veya Fatura Karşılığı
Özel Sektöre Bağlı Sağlık Kurumları	Vaka	Başı	+	Ayrıca	Hizmet	Paket	Fatura Karşılığı

Kaynak: Koç, (2017).

Türkiye’de kullanılan ödeme şeklinin, sağlık hizmetleri maliyetlerinin ve var olan israfın artmasıyla en iyi olan kaynak tahsisinin belirlenmesiyle en iyi şekilde sağlık sonuçlarının sağlanması ve hasta memnuniyetinin artırılması için yeni yöntemler kullanılmalıdır.

4. SONUÇ

Sağlık kurumlarına yapılan ücretlendirmelerde ve bunların geri ödemelerinde sorunların en önemlisi finansal sürdürülebilirlik konusudur. Finansman kaynaklarının azlığı geri ödemelerde dengesizliklere

yol açabilmektedir. Bunun için var olan kıt kaynakların en verimli ve etkin şekilde kullanılması gerekmektedir. Hizmetlerin devamlılığı ve toplum sağlığı için bu bir zorunluluktur. Bundan dolayı sağlık kurumlarında oluşan verimsizliklerin ve yüksek maliyetlerin önüne geçilmesi için önemli adımların atılması gerekmektedir. Çalışmada belirtildiği üzere kurumlara ve kişilere ödeme yöntemleri var olan maliyet kalemlerinin büyük bir kısmına sahiptir ve en doğru yöntemle yapılarak sağlık hizmetlerinin devamlılığına katkı sağlanması gerekmektedir.

Yukarıdakilere ek olarak geri ödemeleri yeterli bulmayan sağlık kuruluşlarının gereksiz kullanımlarından dolayı hastalara ve finansmana dolaylı bir şekilde zarar verdiği söylenebilir. Bunun için gereksiz sağlık hizmeti tüketimini engellemek ve ihtiyacı olan kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarını kolaylaştırmak için geri ödeme yapan sigorta kurumlarının hastane başvurularına sınırlandırma getirmesi ya da kullanımlarıyla ilgili geriye dönük incelemelerin yeterli ölçüde ve etkin bir şekilde yapılması önerilmektedir. Ayrıca sevk zincirinin düzenli olarak işletilmesi, eğer birinci basamaktan tedavi almadan diğer basamaklara gidiliyorsa bunun farkının hastadan alınması gereksiz kullanımları ve maliyetleri düşürecektir.

Çalışmada değinilmiş olan ödeme yöntemlerine ve sağlık kurumlarının maliyetlerinin belirlenmesine bakıldığında kullanılan yöntemlerin seçiminde ve uygulanışlarında birçok farklı değişkene önem verilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarının ücretlendirmeleri yapılırken hem maliyetlerine dikkat edilmeli hem de sürdürülebilirliğin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda gelecek çalışmalarda yöntemlerin ve maliyet kalemlerinin dikkatle incelenmesi ve yeni veriler ışığında yeni fikirlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbulut Y. (2012). Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri. (İçinde: Sağlık sigortacılığı), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları 1.th edition, pp: 100-122.

Akçakanat T., Çarıkçı İ.H. (2016). Sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sistemi: Üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3): 865-892. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sduiibfd/issue/24697/261193>

Akyürek Ç.E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2): 124-153. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sgd/issue/28020/297515>

Arık Ö., İleri Y.Y. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye’de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2): 45-50. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sdusbed/issue/24699/255884>

Atasever M., Gözlü M., İşlek E., Örnek M. Karaca Z. (2017). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları bütçesinin; yıllar itibariyle gelişimi ve 2017 yılı analizi. Analiz Dergisi. 3(9): 1- 32. www.sagliksen.org.tr

Avcil M., Beylik U., Doluküp İ. (2014). Sağlık hizmetlerinde teşhisle ilişkili gruplar: KOAH vakaları üzerine karşılaştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 7(1): 21-42. <https://dergipark.org.tr/en/pub/spkd/issue/29270/313416>

Ayanoğlu Y., Beylik U. (2014). Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DRG: Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve Karşılaştırmaları. Gazi Kitabevi 1.th edition.

Belli P., Shahriari H. (2002). Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. HNP Discussion Paper, Washington: World Bank.

Bulut M. (2020). Türkiye’de Global Bütçe Uygulamasının Hastane Seçme Hakkına. Turkish Studies-Social Sciences, 15(8): 3403-3417. DOI: <http://dx.doi.org/10.47356/TurkishStudies.43179>

Cashin C., Ankhbayar B., Phuong H.T. (2015). Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Washington, DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage. https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN_ProviderPayment_MainGuide_InteractivePDF.pdf

Cashin, C., Chi, Y. L., Borowitz, M., & Thompson, S. (2014). Paying for performance in healthcare: implications for health system performance and accountability. McGraw-Hill Education (UK). Open University Press, Maidenhead. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf

Casto A. B., Forrestal E. (2013). Principles of healthcare reimbursement. (American Health Information Management Association Book), Springfield, IL. 8.th edition, pp: 371

Çelik, H. (2006). Sağlık sigortasında hizmet sunuculara ödeme yöntemleri. Nobel Tıp Kitabevleri 1.th edition.

Çelik Y. (2011). Sağlık ekonomisi. Siyasal kitabevi. 4.th edition.pp: 210-220

de Brantes F., Rosenthal M. B., Painter M. (2009). Building a bridge from fragmentation to accountability—the Prometheus Payment model. New England Journal of Medicine, 361(11): 1033-1036. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0906121>

De Bruin S.R., Baan C.A., Struijs J.N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC health services research, 11(1), 1-14. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-272>

Demirel G. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri. Selçuk Sağlık Dergisi, 1(2): 97-117. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ssd/issue/58230/729214>

Dong L., Fitch K., Pyenson B., Rains-McNally K. (2011). Evaluating bundled payment contracting: alternatives to traditional fee-for-service (FFS) reimbursement have gained attention as financial pressures mount and as FFS is recognized as contributing to medical inflation. The recent Centers for Medicare and Medicaid Innovations (CMMI) Bundled Payments for Care Improvement Initiative is a prominent example, as are private payer contracts. Milliman Healthcare Reform Briefing Paper. Seattle, WA: Milliman Inc. pp: 1-7.

<https://www.pdfFiller.com/jsfiller-desk14/?projectId=284237946&expId=4765&expBranch=2#08a072ab34b1479cad502e4cfb728e1c>

Dredge R. (2004). Hospital Global Budgeting. (Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper). . (Eds) J. C. Langenbrunner, C. Cashin & S. O'Dougherty. World Bank, Washington, DC. 1.th edition. p: 215-253.

Dror D.M. (2002). Health Insurance for the Poor Through Community Schemes is it Viable?. In Defining an agenda for poverty reduction: proceedings of the first Asia and Pacific Forum on Poverty, (2): 217-234. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1022501

Durmaz T., Erdem R. (2017). Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 29(4): 579-604. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sbe/issue/38548/1400865>

Erdoğan P. (2021). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Sut-Tig Karşılaştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(1): 15-28. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/60872/902487>

Erin F. (2006). Hastane Hizmetlerinde Pazarlama Stratejileri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ersoy Z. (2014). Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.

Folland S., Goodman A. C., Stano M. (2016). The Economics of Health and Health Care: Pearson New International Edition. Routledge. 7.th edition

Foot M., Hook C. (2008). Introducing human resource management. Pearson Education. 5.th edition.

Gaal P., Belli P.C., McKee M., Szocska M. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. Journal of Health Politics, Policy and Law, 31(2): 251-293. <https://read.dukeupress.edu/jhpl/article-abstract/31/2/251/93474>

Gençtürk M., Cansever İ. H. (2016). Üniversite hastanelerinin faturalama sürecindeki sorunları üzerine bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(3): 225-239. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/24440/259067>

Gökalp Y. (2018). Sağlık Kurumlarında Geri Ödeme Sistemleri; Paket Fiyat Uygulaması Kapsamındaki Ameliyat Maliyetlerinin Sut Fiyatları ile Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

HMSA-Hawaii Medical Service Association (2018). Diagnosis Related Group (DRG). Erişim Adresi: https://hmsa.com/portal/provider/zav_pel.fh.DIA.650.htm. (Erişim: 16 Aralık 2023).

Işıkçelik F., Öztürk N., Ağırbaş İ. (2019). Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinden teşhis ilişkili gruplar. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 9(2): 431-448. <https://dergipark.org.tr/en/pub/sgd/issue/51323/658891>

Karacaoğlan, N. (2009). Sağlık Hizmet Sunucularına deme Modelleri ve Sorunlar. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 12: 16-21. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_Dergi_Sayi12-13-18.sayfalar_Naci_Karacaoğlan.pdf

Karaçor S. Arkan A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 90-118. <https://dergipark.org.tr/en/pub/josc/issue/19028/200862>

Karasioğlu F., Çam A.V. (2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(1): 15-24. <https://dergipark.org.tr/en/pub/niguiibfd/issue/19742/211307>

Kaya N. (2008). Sağlık yöneticilerinin sağlık hizmetleri finansmanına ve sunumuna yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Koç O. (2017). Sağlık Sisteminde deme Mekanizmaları. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Sayı: 42: 70-73. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2023-01/SD_Dergi_Sayi42.pdf

Mossialos E., Dixon A. (2002). Funding health care: an introduction. Funding health care: options for Europe, (Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series). (Eds) E Mossialos, A Dixon, J Figueras, J Kutzin. Buckingham & Philadelphia: Open University Press. 1.th edition pp: 1-30

Normand C. Weber A. (2009). Organization of health services (Social Health Insurance. A uidebook For Planning). (No. WHO/SHS/NHP/94.3. Unpublished). World Health Organization.

Pala K. (2014). Neoliberal sağlık reformlarının etkisi: Kamu Hastanelerinde finansman yapısı değişiyor. Toplum ve Hekim, 29(6): 414-429. <https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/download.php?Id=LHeyNZZA5r4>

Paris V., Devaux M., Wei L. (2010). Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers, (50), 1: 140.

Peters J. (2006). Attracting and retaining physicians in academic medical groups requires new sources of revenue. Physician executive, 32(1): 28-32. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ba1cdf36-487f-4acb-bee7-f4af6f3494af%40redis>

Porter M.E. (2010). What is value in health care?. The New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-2481. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.57357.org/app/uploads/2020/06/What-is-Value-in-Health-Care-NEJM-2010.pdf

Roberts M.J., Hsiao W., Berman, P. (2004). Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press, Bulletin of the World Health Organization, 84(2).

Shih T., Chen L.M., Nallamothe B.K. (2015). Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care. *Circulation*, 131(24): 2151–2158.
<https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circulationaha.114.010393>

Sutherland J.M. (2011). Hospital payment mechanisms an overview and options for Canada. CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 4. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation. 4.th edition.

Şantaş F., Çıraklı Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1): 12-20.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/issue/44917/559181>

Tatar M., Ozgen H., Sahin B., Belli P., Berman P. (2007). Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Affairs*, 26(4): 1029-1039.
<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.26.4.1029>

Tengilimoğlu D. (2000) Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 55 (1): 187-202.
<https://dergipark.org.tr/en/pub/ausbf/issue/3221/44855>

Top M., Tarcan M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: Hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziuiibfd/issue/28333/301117>

Waters H.R., Hussey P. (2004). Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. *Health Policy*, 70(2): 175-184.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004000983>

Xu K., Evans D. B. Kadama, P. Nabyonga, J. Ogwal P. O., Nabukhonzo P., Aguilar A. M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social science & medicine*, 62(4): 866-876.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605003667>